

Travail fait dans le Service du Docteur Georges Küss
Hôpital de la Pitié

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1274

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves BOURDY

Né le 16 mai 1915, à Dax (Landes)
Externe des Hôpitaux de Paris

Quelques réflexions

à propos des Hystéropexies médiales
par Ligamentopexie transpariétale

(Procédé de Doléris-Beck-Richelot)

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves BOURDY

Né le 16 mai 1915, à Dax (Landes)
Externe des Hôpitaux de Paris

Quelques réflexions
à propos des Hystéropexies médiales
par Ligamentopexie transpariétale

(Procédé de Doléris-Beck-Richelot)

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAI.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT,			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ÉCALLE.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE

Sans eux que serais-je?

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Commandeur de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien-chef de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Institut
Membre de l'Académie de Chirurgie

Hommages respectueux

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. KUSS

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

*Qui fut notre premier maître dans les
hôpitaux, qui nous a fourni le sujet de
cette thèse, j'adresse mes remerciements
pour ses conseils et le bienveillant accueil
qu'il nous a donné dans son Service.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine

En témoignage de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE CHIRAY

Médecin de l'Hôpital Bichat
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

En témoignage de notre vive admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI ROUVIÈRE

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris

En témoignage de notre vive admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BERGERET

Commandeur de la Légion d'honneur
Chirurgien de l'Hôpital Necker

*Dont la virtuosité opératoire demeure un
sujet d'admiration pour tous.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Médecin de l'Hôpital Laennec

*En témoignage de notre respectueuse
affection, de notre gratitude pour son dé-
vouement, ses conseils.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BANZET

Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage de notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FERRABOUCQ

Professeur agrégé au Val-de-Grâce

*Nous nous souviendrons toujours de son
dévouement à notre égard.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES BROUET

*Qui fut mon conférencier d'internat.
Hommage respectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ÉMILE SERGENT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR KOURILSKY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CAPETTE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOREL

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUEULETTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MERLE D'AUBIGNÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALAIN MOUCHET

A MONSIEUR LE DOCTEUR WEIL-HALLÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAROLI

En témoignage de vive reconnaissance.

Quelques réflexions à propos des Hystéropexies médiales par Ligamentopexie transpariétale

(Procédé de Doléris-Beck-Richelot)

Introduction.

Notre maître le Docteur Georges Küss a tout spécialement étudié la *ligamentopexie transpariétale*, et ceci au cours de ses différentes modifications dans sa technique. Grâce à ses recherches, il a étudié chronologiquement les modifications successives apportées au procédé initial de Doléris, par Beck et par Richelot. D'où le conseil qu'il donne, d'appeler désormais la ligamentopexie transpariétale : procédé de Doléris-Beck-Richelot.

Les recherches de M. Küss ont au reste été étudiées dans la *Revue de Gynécologie* d'octobre 1906, dans un article intitulé : « A propos de la ligamentopexie par le procédé de Doléris ».

M. Küss se réserve de revenir sur ce sujet à l'Académie de chirurgie, à la suite de la communication du Docteur Georges Rouhier, intitulée : « A propos de présentation de pièce ».

Cette communication fut présentée à l'Académie de

chirurgie, à la séance du 22 février 1939 (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1939, tome 65, n° 7, pages 296 à 298, avec une figure) sous le titre : « Pièce d'hystérectomie abdominale subtotale pour petit fibrome, montrant comment les hystéropexies par certaines techniques, non seulement sont totalement inefficaces, mais encore peuvent créer dans le ventre des systèmes de brides, tout préparés pour l'étranglement interne. »

L'observation, la photographie de cette pièce seront reproduites plus loin.

L'expérience de M. Küss date de ses premières ligamentopexies faites dans le service du Docteur Richelot dont il était l'interne jusqu'à ce jour.

Il continue toujours à en enseigner la technique dans son service de chirurgie à l'Hôpital de La Pitié.

Historique.

Nous lisons dans *La Gynécologie* (Octave Doin, octobre 1906, 11^e année, n° 5, pages 415 à 421) ce qui suit :

« A propos du procédé de Baldy et du « nouveau procédé de raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds » de Dartigues et Caraven, par Georges Küss :

« M. Eugène Füller (de New-York) écrit dans *The American Journal of Urology*, juillet 1905 : « Pendant que j'étais ces jours-ci en train de faire une prostatectomie, un médecin présent me fit la remarque que j'opérais selon le procédé de « Freyer ». Je lui répondis alors que c'était moi qui avait inventé et publié cette méthode en 1895 ; tandis que Freyer en prit connaissance seulement en 1900. »

! *
* *

J'ai lu l'article de MM. Dartigues et Caraven sur un « nouveau procédé de raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds », le jour de sa publication dans la *Presse médicale* et j'ai salué « ce

nouveau procédé » comme une vieille connaissance « transatlantique ». Mieux valait alors respecter son incognito, c'est ce que j'ai fait, et ce m'était facile, n'étant pas Abel Hermant. Aujourd'hui il me faut en parler comme lui ; je le ferai, en écrivant moins bien.

Kant s'attrista toute sa vie à déterminer par le criticisme les limites des connaissances humaines ; en nos temps plus rapides, « il sourit à Dartigues, de faire un peu d'auto-criticisme » moins général et plus personnel ; il ne me resterait donc plus, aujourd'hui, qu'à tenter, d'une âme égale, sans tristesse et sans sourire, un essai d'hétéro-criticisme, si je ne savais, par un dicton, que l'art de juger dispose d'un mot plus simple en son verbe et aisé en son fait : ne faisant que de la *critique*, mon mérite sera fort mince.

*
* *

Il y a quelques jours, j'aidais un de mes maîtres et amis dans une hystéropexie médiate par le procédé de Doléris, lorsqu'un médecin présent s'étonna de voir préférer ce procédé au « nouveau procédé de Dartigues ».

*
* *

Le « nouveau » procédé de Dartigues et Caraven (avril 1906), raccourcissement rétro-utérin des ligaments ronds, comprend essentiellement les temps suivants :

1° Transfixion d'arrière en avant, avec une pince

hémostatique quelconque, du ligament large dans la zone avasculaire sous-tubo-ovarienne, dans l'angle que forme le bord de l'utérus d'un côté et la trompe, le ligament utéro-ovarien de l'autre ;

2° Préhension, avec cette pince, du tiers initial du ligament rond, en avant du ligament large ;

3° Retrait de la pince de transfixion sous l'angle utéro-tubo-ovarien et, *ipso-facto*, plicature du ligament rond ;

4° Adossement ligamentaire rétro-utérin et ligature ligamentaire.

Or, j'avais lu, et je relis dans une *Lettre d'Amérique* du Docteur Francis Münch sur le *Traitement opératoire des rétrodéviations utérines*, lettre parue le 17 juin 1903 dans *La Semaine Médicale* : « Voici comment procéda M. le Docteur J.-M. Baldy, de Philadelphie, lors de l'intervention à laquelle j'assistai :

« Après avoir pratiqué une laparotomie médiane, il sectionna les ligaments ronds au ras de l'utérus, non sans avoir, toutefois, au préalable, placé une ligature sur les moignons du ligament rond qui restaient attachés à la corne utérine. Pour rendre mobile l'extrémité interne des ligaments ronds, M. Baldy sectionna ensuite, sur une longueur d'environ 3 centimètres, les mésos que leur constitue l'aileron antérieur du ligament large. Puis, à l'aide d'une pince hémostatique, il effondra les ligaments larges dans l'angle formé par le bord latéral de l'utérus et la trompe de Fallope. Cet orifice doit se faire aussi près

que possible du bord de l'utérus sans qu'il y ait lieu de redouter de complications du fait des plexus veineux qui se trouvent à ce niveau, car ils fuient devant un instrument mousse. Les ligaments ronds, étant passés à travers la trouée ainsi pratiquée dans le ligament large, furent fixés à la soie l'un à l'autre.

Il en résulta une sorte de fronde, embrassant l'utérus par sa face postérieure et l'attirant en avant vers la symphyse. Pour que cette traction s'opère dans un sens convenable, il importe de fixer la fronde par une suture au fond de l'utérus aussi haut que possible, sur toute la largeur de la face postérieure de l'organe ».

« M. Baldy apporte à cette opération quelques variantes suivant les différents cas. Il est évident en effet, qu'un raccourcissement aussi considérable que celui qui résulte du procédé dont nous venons de parler, ne convient pas à toutes les rétrodéviations et peut, le cas échéant, créer des complications du fait de la tension qu'il détermine. Dans les cas de ce genre, M. Baldy, au lieu de former la fronde dont nous venons de parler, se contente de fixer l'extrémité des ligaments ronds à la face postérieure des cornes utérines. Le niveau d'implantation de la fronde ou des ligaments isolés a varié dans les premières opérations de M. Baldy. Actuellement ce chirurgien estime que ce sont les implantations les plus élevées sur le fond utérin qui donnent les meilleurs résultats.

« Ce procédé n'a pas paru jusqu'ici créer des difficultés pendant la gestation ou au moment de l'accou-

chement. On n'a pas observé non plus qu'il apportât une entrave quelconque à la réplétion normale de la vessie. On peut seulement lui reprocher de donner une position irrégulière aux ovaires qui sont soulevés, mais il semble qu'il n'en résulte aucun inconvénient (Münch, de Paris) ».

En lisant ce procédé opératoire, je m'étonnai de cette technique un peu compliquée qui comportait une section des ligaments ronds puis leur libération par nouvelle section de leurs mésos. Immanquablement, pour qui avait inventé, ou même pour qui lisait cette technique opératoire, l'idée, plus simple, d'une suture, *derrière l'utérus*, des ligaments ronds, *non sectionnés, non dépouillés de leurs mésos* devait venir à l'esprit : ligaments ronds réunis l'un à l'autre si faire se pouvait, réunis à la face postérieure de l'utérus si l'on ne réussissait pas à les amener en contact l'un de l'autre. — On procède souvent en chirurgie du composé au simple. Et, comme pour me donner presque immédiatement raison, Baldy lisait quelques jours plus tard, le 24 juin 1903, à l'*Asbury Parc Meeting of The New-Jersey State Medical Society*, le passage suivant d'une étude sur les *Retro-displacements* de l'utérus : « Quand l'abdomen est ouvert, les adhérences détruites, s'il y en a, et l'utérus attiré en avant, une pince est passée de force (*is forced*) à travers le ligament large de chaque côté de l'utérus et en un point proche de l'utérus. La pince pénètre par la face postérieure du ligament large et sort sur sa face antérieure ou face vésicale, juste au-

dessous du ligament rond, à un demi-pouce de son insertion utérine. Les ligaments ronds sont alors poussés entre le mors de la pince et la pince est tirée en arrière, emportant le ligament rond avec elle, à travers la trouée qu'elle a faite. Les ligaments sont alors *attirés* l'un vers l'autre en formant une boucle derrière l'utérus. Un point à la soie réunit maintenant les deux ligaments ronds ensemble et la pince est enlevée. L'utérus est alors bien maintenu en avant par les doigts de l'assistant, pendant que l'opérateur tire en bas le ligament rond (avec une pince à tissus, ou pince à disséquer), aussi bas sur la face postérieure de l'utérus qu'il le désire, et il le coud au péri-toine de l'utérus, à ce niveau, avec de la soie fine ; c'est environ au niveau de l'orifice interne de l'utérus ou plus bas. Le résultat est une fronde embrassant la face postérieure et les bords de l'utérus qui le maintient dans une position parfaite, le laisse mobile et ne le soulève pas hors du bassin ».

* *
* *

M. J.-M. Baldy aurait donc pu, lui aussi, écrire dans le *The New-York Medical Journal*, et dès avril 1906 : « Pendant que j'étais, ces jours-ci, en train de faire une ligamentopexie, un médecin présent me fit observer que j'opérais selon le « procédé de Dartigue ». Je lui fis remarquer que c'était moi qui avais inventé et publié cette méthode en 1903, tandis que Dartigues en prit connaissance seulement en 1906 ».

*
* *

Cette question de priorité, en dehors du point de droit, n'a, par ailleurs, que peu d'importance. Procédé de Baldy, tout aussi bien que procédé de Dartigues, pêche par la base : il repose sur une erreur anatomique.

Baldy, dans son procédé seconde manière, perfectionne, en la simplifiant, sa technique initiale. En repartant en bas, « au niveau de l'orifice interne de l'utérus » de l'isthme, la fronde ligamenteuse primitivement « fixée le plus haut possible », il répond aux desiderata actuels ; ceux-ci demandent, pour éviter les interruptions des grossesses, les présentations vicieuses et les dystocies, que le fond de l'utérus reste libre et que l'hystéropexie soit basse : les fils devant être placés, sur les faces antérieures ou postérieures de l'utérus, au-dessous de l'insertion des trompes, ou même plus bas, au niveau de l'isthme ou un peu en-dessous. Mais son procédé, comme ceux de Ruggi-Wylle, de Montprofit, de Baudé, de Bolk, de Dudley-Baudouin, de Mann et comme tous les autres procédés de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds *sans fixation pariétale*, ne diffèrent de l'Alquié-Alexander, que parce qu'ils *tirent*, en les raccourcissant, sur les ligaments de *dehors en dedans* au lieu de tirer, comme dans l'Alexander, de *dedans en dehors*. Ils s'adressent en définitive, les uns et les autres, qu'il y ait section haute abdominale, ou basse

inguinale, plicature haute ou basse, à cette partie grêle et comme éparpillée des ligaments ronds qu'est leur partie inguinale, partie mince, effilée, incapable de résistance. Les procédés de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, *avec fixation pariétale*, s'adressent exclusivement, au contraire, pour maintenir l'antéversion normale reconquise, à cette partie des ligaments ronds, résistante, volumineuse et solide qui constitue leur portion initiale, interne, juxta-utérine. Doléris a mis ces raisons anatomiques définitivement hors de cause ; c'est à lui que revient également l'honneur d'avoir réalisé cette fixation pariétale de la manière la plus solide et la plus heureuse par son procédé (3^e manière). Le procédé de Doléris (2^e manière) ou procédé de Doléris-Richelot, le procédé de Beck, plus simples, sont aussi moins bons et les résultats qu'ils donnent ne sont pas toujours, à la vérité, également satisfaisants. L'inclusion pariétale est faite en un point unique, lâche parfois ; elle ne tient pas assez solidement ; la greffe est trop petite et trop pauvre ; il faut lui préférer les solides et multiples ligatures de Doléris (3^e manière) qui, jointes à la double transfixion, constituent un excellent et solide marcottage, *a right layer* comme disent les Anglais.

*
* *

Et maintenant à quel procédé se rapporte le dernier schéma que Dartigues et Caraven donnent dans leur article ? Des anes de fils, passant derrière l'uté-

rus, y demeurent en l'air et y restent désespérément en suspens comme aussi l'indication bibliographique du procédé. En tant qu'à reproduire ce malheureux schéma, en cherchant « des essais antérieurs de fixation de l'utérus par des fils passant *derrière* cet organe », les auteurs auraient pu se souvenir des procédés de Kelly, de Duret, de Byford, de Freund, de Frommel (d'Erlanger), d'Hochenegg, de Boise, de Gottschalk, de W. Bovee, de Wertheim et de Candl qui, pour ne pas agir par l'intermédiaire des ligaments ronds, — ce en quoi ils ne diffèrent guère du procédé « schématique » incriminé, — n'en sont pas moins nettement rétro-utérins quant à eux-mêmes et quant à leurs fils.

Conclusions. — 1° Pour les rétrodéviations utérines : procédé de Doléris (3^e manière) avec transfixion double des muscles droits.

2° Pour les prolapsus de l'utérus, comme opération accessoire de la double colporrhaphie et comme moyen de suspension de l'utérus, chez les femmes maigres ou moyennement grasses, procédé de Doléris encore ; chez les femmes très grasses, à gros abdomen et à paroi abdominale épaisse, ventro-fixation directe, c'est-à-dire hystéropexie abdominale par le procédé de Czerny-Terrier avec fils placés le plus bas possible.

Indication de la ligamentopexie par le procédé de Doléris-Beck-Richelot.

L'indication anatomique est la rétroversion et la rétroflexion.

L'utérus de la nullipare est mobile, fortement antéversé, modérément antéfléchi.

Chez la multipare, il est tout d'abord plus mobile, en antéflexion beaucoup plus accentuée, il est moins antéversé.

Ce que l'on observe le plus souvent c'est la rétroflexion. La situation du col est normale, maintenu qu'il est par les ligaments utéro-sacrés. On peut toutefois noter une légère ascension du col.

Le corps est tombé dans le cul-de-sac de Douglas. Par rapport au col resté à sa place (ou à peu près), il forme un angle obtus ouvert en avant et en bas.

Dans la rétroversion, il s'agira d'une déviation totale. L'utérus, col et corps, est basculé en arrière. Il n'y a plus d'angle de flexion.

Au toucher, le cul-de-sac postérieur est :

augmenté,
l'antérieur réduit,
les latéraux libres.

Le fond utérin est mobile et peut être accroché avec le doigt, et de ce fait rejeté en avant.

Le syndrome qui amène la malade à consulter est à peu près identique en ce sens qu'il existe des douleurs sacrées, douleurs réflexes dues au déplacement utérin.

Notre maître a toujours insisté dans son enseignement chimique sur les modifications des règles. Celles-ci présentent deux grands caractères :

elles sont retardées,

elles sont douloureuses.

Le sang ne peut plus circuler librement du fait de cette coudure utérine qui entrave sa circulation.

Sous des influences plus vives de l'utérus, le sang s'écoule alors, mais des rétentions ultérieures se reproduisent, puisque l'obstacle tenant à la flexion utérine n'est pas levé. On sait que la malade peut aller même jusqu'à rechercher des positions variables qui la soulagent.

Divers troubles variables d'origine sympathique peuvent s'associer à ce tableau évocateur.

Ces malades sont sujettes à de l'amaigrissement, à des troubles intestinaux divers, et nous insisterons surtout sur la multiplicité des avortements qui se produisent, constituant, nous le verrons plus loin, une des indications des plus nettes de la ligamentopexie.

Rappel anatomique.

Nous ne voulons en aucune façon entrer dans le détail de la description anatomique du ligament rond, depuis ses rapports avec la corne utérine, jusqu'à sa traversée du canal inguinal où il se divise alors en trois faisceaux, se perdant sur les grandes lèvres et les piliers.

Nous rappellerons seulement certains détails précisés par L.-H. Farabeuf.

Cet auteur dit que le ligament rond, dans son étude, peut être décomposé en trois parties :

- 1° une seule partie solide du ligament rond, juxta-utérine, riche en fibres musculaires lisses ;
- 2° une portion intermédiaire plus mince ;
- 3° une partie terminale, filandreuse, dissociée, effilochée, au cours du trajet inguinal.

De sorte que L.-H. Farabeuf comparait l'ensemble du ligament rond à « une patte de grenouille » dont la cuisse était représentée par la première portion juxta-utérine, la patte par la troisième portion effilochée, divisée.

Quoi qu'il en soit, L.-H. Farabeuf comparait l'en-

semble de l'utérus et des ligaments ronds, à une femme acéphalique :

- le corps utérin représentant le corps du sujet ;
- les ligaments ronds représentant les bras.

En tirant sur les bras, on agit sur l'utérus, mais, et c'est sur ce point que nous allons beaucoup insister au cours de cette étude : les effets de cette traction sur « ces bras » :

- dépendront de l'endroit d'où l'on tire ;
- de la position de l'utérus au moment où l'on tire.

Ce qu'il est essentiel de connaître, c'est la position des ligaments ronds :

- quand l'utérus est en position normale ;
- quand l'utérus est rétroversé.

Quand l'utérus est en position normale, le ligament rond est situé dans la base du ligament large, et il constitue une saillie sous-péritonéale, appréciable, visible.

Quand l'utérus est en rétroversion, le ligament rond est entraîné par l'utérus, tiré en arrière par cette solide attache utérine. De sorte que le ligament rond est rejeté en arrière sur une distance fort variable.

Bien entendu il est toujours sous-péritonéal, mais ne fait plus alors de saillie. On peut pincer le péritoine, appuyer, on ne sent plus le ligament.

Ce fait est absolument capital à connaître. Et nous

verrons alors plus loin au cours de l'intervention chirurgicale, combien il est nécessaire de réduire la rétroversion utérine afin de remettre à sa place le ligament rond qui refait alors une saillie sous le péritoine.

Comment alors faudra-t-il agir ?

Ceci nous incite à faire un court historique sur la conception qui était celle des anciens ovariétomistes : Ceux-ci ne voulaient pas ouvrir le péritoine. On comprend leurs hésitations si l'on tient compte de ce qu'était l'aseptie à cette époque. L'infection quasi constante était leur grande obsession.

« Le raccourcissement extra-péritonéal a surtout vécu des craintes qu'a inspirées longtemps la laparotomie » (Forgues).

On a alors préconisé des incisions inguinales, de manière à trouver les ligaments ronds, à les tirer, les plicaturer, ou les raccourcir afin d'agir par traction sur l'utérus. (Opération d'Alquié-Alexander faite le 1^{er} décembre 1881, puis par Adam de Glasgow en juin 1882).

Avec L.-H. Farabeuf,

Avec notre maître le Docteur Küss qui a repris et amélioré les données précédentes, nous jugeons que ce procédé est franchement mauvais, car nous pensons qu'il existe plusieurs inconvénients : un inconvénient à faire porter une traction sur la partie périphérique, filamenteuse du ligament rond, partie, répétons-le, fort peu solide.

Que l'on agisse directement sur elle comme dans

l'Alquié-Alexander, ou indirectement sur elle comme dans le Kelly-Dartigues, où l'on intervient bien sur la partie épaisse et solide des ligaments ronds, mais où la traction porte en définitive sur la partie distale, inguinale, incapable de donner un point d'appui suffisant à la traction que lui demandera l'utérus.

Pour reprendre une expression donnée par notre maître, « on ne tire pas sur une corde solide à sa partie moyenne, par l'extrémité effilochée de cette corde ».

En outre, le Docteur Küss a fort clairement démontré que l'opération d'Alquié-Alexander est encore nettement mauvaise, car dans les *rétroversions vraies*, cette traction *fixe*, *maintient la rétroversion*.

Quelle que soit la puissance, les points d'appui donnés à la traction, la rétroversion sera *immuable*, et comme *maintenue à plaisir par ce procédé*.

En effet, la position actuelle de l'utérus par rapport aux ligaments ronds, qui, *répétons-le, ont dépassé par en arrière leur place habituelle*, fait que la traction maintiendra la rétroversion par des phénomènes uniquement mécaniques.

Rappelons d'emblée que le procédé de massage, de kynésie utérine, tel que le préconisait Platon (de Marseille) sont franchement à rejeter.

Il résulte donc de cela, que si l'on veut traiter convenablement la malade, il est essentiel de procéder, avant la fixation, à la *réduction* utérine. C'est à dessein que nous employons le mot de réduction. Il

s'agit en effet d'obvier à une position anormale, avant d'entreprendre quoi que ce soit.

Ceci est le premier temps indispensable.

Cet utérus qui est incarcéré, presque logé dans le Douglas, sera par une traction plus ou moins forte des doigts, dégagé plus ou moins facilement de sa loge. Les doigts passeront devant la paroi antérieure du rectum, prendront en crochet le fond utérin et opéreront la traction. Notre maître insiste bien sur le fait que, au moment du dégagement de l'arrière-fond du cul-de-sac, on entend un bruit hydro-aérique, véritablement aspiratif, analogue au débouchement d'une bouteille.

On examine alors le cul-de-sac de Douglas (chez ces malades il est souvent très profond). On évalue cette profondeur, quelquefois même sa sensibilité (réflexe de Richelot-Albertin).

Presque toujours l'arrière-fond contient une sérosité hématique due à l'hyperhémie utérine.

Comment agir ?

Bien des chirurgiens considèrent que la ligamentopexie transpariétale est sujette à caution sur certains points.

Notre maître, dont l'expérience porte sur plusieurs centaines de cas, juge en effet que ce n'est pas une opération facile, et que le chirurgien doit avoir une grande expérience.

Mais les avantages du procédé de Doléris-Beck-Richelot sont tels que c'est là le procédé à adopter dans tous les cas.

1° *Laparotomie.* — L'incision sera strictement médiane, longue de 8 à 9 centimètres, assez large. C'est un point sur lequel nous insistons car on connaît bien la nécessité de préciser les indications thérapeutiques des lésions salpingo-ovariennes.

Dans certains cas, en effet, l'annexite pourra nécessiter une hystérectomie subtotale. Mais si salpingite catharrhale, banale, hyperhémique, après l'opération tout doit rentrer dans l'ordre.

Il faut, dans la mesure du possible, éviter de castrer une femme jeune.

On sait que quelquefois on pourra trouver l'amorce

d'une torsion tubaire, la présence de kystes hématisques folliculaires. Toutes lésions que l'on traitera.

2° Il faut savoir rechercher les ligaments ronds. Notons tout d'abord qu'il peut y avoir de petites adhérences disséminées, surtout s'il existe de petites lésions salpingiennes débutantes.

De toute façon, il faut s'abstenir de chercher les ligaments ronds « à l'aveugle ». Comme nous l'avons vu, on sait que ces ligaments sont rabattus en arrière, et si l'on voulait s'obstiner à chercher à l'aveugle, on ne tirerait que sur un peu de péritoine.

Il faut donc les chercher tangentiellement avec une pince. Une notion capitale domine ce passage : Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir : « il faut absolument respecter les éléments anatomiques vivants », comme le disait Walther.

Donc on réduit l'utérus selon la manière que nous avons indiquée plus haut. L'utérus réduit on voit le ressaut que forme le ligament rond revenant à sa place qui lui est habituelle, puisque l'utérus est en position normale maintenant.

Donc encore une fois, nécessité de rechercher la position des ligaments ronds dans ces *rétroflexions fixées*.

On peut accrocher les ligaments ronds par une pince sans griffes, à 3 centimètres de leur insertion utérine. Il faut les saisir par leur bord pour éviter de les adultérer et non dans toute leur épaisseur.

Ou bien on peut charger par en dessous ; avec une pince de Deschamps par exemple, passer un fil qui

n'exercera qu'une *traction modérée*. Il ne faut en aucun cas user de la manière imprudente et brutale.

3° On mesure de l'œil et de l'esprit la longueur qui sera convenable ; on appréciera, on jugera de l'espace qu'il conviendra de laisser à la vessie, et ceci « en sollicitant l'utérus » avec prudence, avec toujours une grande souplesse.

4° *On ne veut pas* qu'il existe de fossette pré-utérine. Il est indispensable que la paroi antérieure de l'utérus colle à la paroi abdominale, et ceci afin d'éviter l'occlusion abdominale.

D'ailleurs nous signalerons d'emblée que cette complication n'a jamais été observée dans la multitude de cas du Docteur Küss.

5° une pince aura repéré le péritoine pariétal, une autre l'aponévrose au même niveau, ceci afin d'éviter la rétraction du péritoine et de le ramener sur la ligne médiane.

A un niveau que l'on choisit et qui est habituellement situé au niveau du bord externe du muscle droit, à 2, 3 centimètres du bord supérieur du pubis, on pratique une boutonnière au bistouri d'avant en arrière. Notre maître insiste sur le fait de posséder un bistouri ancien à lame émoussée pour créer cette boutonnière.

Ceci fait, une pince passe à travers la brèche, et prend le ligament rond à *l'endroit où on le désire*.

Il faut à tout prix garder les ligaments ronds vivants, par conséquent veiller à ne pas les adultérer,

ce qui entraînerait des lésions de leurs vaisseaux, avec perte de leur vitalité.

D'ailleurs on s'est déjà assuré que les ligaments, ou un des deux, ne sont pas tordus, fait important.

Ensuite, chaque anse est d'abord fixée à la boutonnière omo-latérale, boutonnière qui lui donne passage. Son sommet est ensuite fixé à la boutonnière du côté opposé, ou si cela est impossible, à l'autre anse dans le voisinage de cette boutonnière. En outre, des points séparés, en général 3 ou 4, fixent les éléments de chaque anse les uns aux autres. Il est absolument impossible que des anses ainsi fixées, puissent lâcher, et l'utérus reste bien fixé ainsi que le montre la grande expérience personnelle du Docteur Küss.

La ligamentopexie sera faite au fil de lin non résorbable, ou avec des catguts chromés ou des « noirs guts ».

En aucun cas nous n'acceptons la simple inclusion médiane des anses ligamentaires dans la suture de refermement de la paroi abdominale. Cela, nous le rejetons formellement.

A noter qu'une fois passés, les fils seront bien serrés, mais sans serrer d'une façon excessive et brutale qui n'aurait d'autre effet que de couper les tissus, et de ne rapprocher que... les fils.

A la fin de leur fixation, les ligaments ronds doivent présenter une teinte normale et ne pas être violacés.

Dans la suture des ligaments ronds à la paroi abdo-

minale et entre eux, il faut se garder de pratiquer des sutures qui pourraient ressembler même de loin à des *ligatures* totales ou même partielles de ces ligaments. Ceci est *un grand précepte*. On obtiendrait ainsi le sphacèle aseptique, la nécrobiose sur place de tout ou partie de l'*anse prépariétale*, et *ipso facto* la reproduction de la rétroversion utérine. La ligamentopexie ne tiendrait pas.

Rappelons que certains auteurs, tels que M. Mocquot, jugent bon de dépéritoniser la base du ligament large, comme, à titre comparatif, certains peuvent dépéritoniser la base de l'appendice. Ce procédé éviterait l'apparition d'un petit *bourrelet* péritonéal, ou petit sac péritonéal pouvant de même qu'une hydrocèle se remplir de liquide et donner un bruit très spécial de clapotis.

Le Docteur Küss trouve pour sa part ce procédé excellent, mais il l'évite en fermant soigneusement les deux petites brèches avec du fil de lin.

Puis fermeture en 4 plans.

Par suite de salpingites survenues ultérieurement à l'intervention, de complications septiques diverses, notre maître a eu l'occasion de réopérer certaines de ses malades qui avaient déjà subi l'intervention de la ligamentopexie transpariétale par le procédé de Doléris-Beck-Richelot.

Il a eu ainsi l'occasion de vérifier l'excellence du procédé. Mais il tire la conclusion qu'il ne faut point passer à la partie postérieure des droits, là où n'existe

au-dessous de l'arcade de Douglas que le fascia transversalis, avec un tissu celluleux, plus ou moins surchargé de graisse, mais bien de passer à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale sauf la peau.

Incidents et Complications. Suites opératoires.

Les complications survenues au cours ou bien après une ligamentopexie transpariétale par le procédé de Doléris-Beck-Richelot n'existent pas. On a pu en relever quelques-unes ; elles sont dues à une faute de technique, ou une indication opératoire mal posée.

L'occlusion intestinale n'existe pas. Des observations prises par centaines à l'Hôpital de La Pitié, en font foi.

D'autant plus que le Docteur Küss exige que la paroi antérieure de l'utérus colle absolument à la paroi abdominale, sans qu'existe de fossette.

La possibilité d'un hématome du fait de la traversée du muscle droit n'existe pas, si l'on a soin de placer après l'intervention un bourdonnet.

Une branche de l'épigastrique peut être lésée, nécessitant la ligature. Mais on a vu avec quel soin on avait à choisir son emplacement.

Citons encore les incarcérations partielles de la trompe. La traction du ligament rond vers la ligne médiane entraîne le ligament large et détermine la coudure de la trompe.

La latence d'une telle complication est telle, que la femme présente une stérilité inexpliquée, alors que la ligamentopexie avait été justement pratiquée en vue de faciliter la fécondation chez une femme jusqu'à stérile.

Les cas de tubo-pexie, de tubo-plicature semblent bien relever d'une faute de technique, et ce sont eux qui ont permis de parler de déligamentopexie.

Après l'intervention, les suites opératoires sont simples. On peut quelquefois noter de la rétention d'urine ou inversement des mictions plus fréquentes.

Ces troubles passagers disparaissent en quelques jours.

Nous avons déjà vu les indications opératoires. Les règles excessivement douloureuses constituent la grande indication. Et cela surtout dans la rétroflexion. On est ainsi à même d'éviter la rétention et partant l'installation de l'infection.

Notons d'ailleurs que les premières règles peuvent être encore douloureuses, mais ces phénomènes s'estompent bientôt après rapidement.

Il faut savoir que la ligamentopexie bien faite corrige *ipso facto* la rétroflexion.

Enfin, remarquons en dernier lieu un fait important : le col ne reprend qu'au bout de plusieurs mois sa situation normale.

Présentation de Pièce.

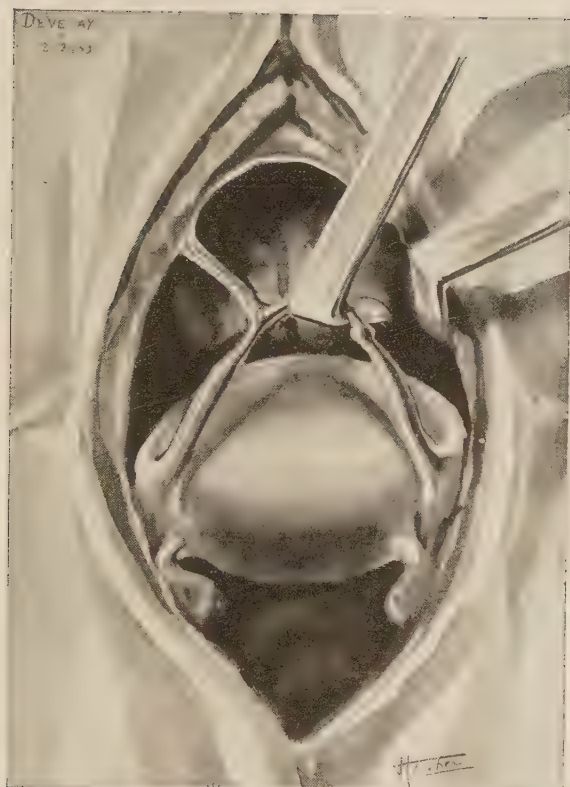
Pièce d'hystérectomie abdominale subtotale pour petit fibrome, montrant comment les hystéropexies par certaines techniques sont non seulement inefficaces, mais encore peuvent créer dans le ventre des systèmes de brides tout préparés pour l'étranglement interne, par M. G. ROUHIER.

Voici une pièce d'hystérectomie subtotale que j'ai enlevée le 2 février dernier. Il s'agissait d'une femme de 38 ans, Mme D..., hospitalisée dans mon service, à l'Hôpital Beaujon, pour des ménorragies abondantes durant depuis quatre ou cinq ans, avec pesanteur hypogastrique et sciatique. Ces ménorragies étaient devenues depuis trois mois de véritables hémorragies anémiantes. Au toucher, on sentait très nettement un utérus irrégulier, très dur, présentant manifestement un fibrome de petit volume, dans son ensemble, plutôt rétroversé. En outre, on sentait par moments, mais pas toujours, du côté droit une masse volumineuse, mollassse, élastique, entraînant l'utérus quand on la mobilisait par le palper bimanuel. Cette malade avait été opérée trois ans auparavant dans un

autre service des hôpitaux de Paris où on lui avait fait une *hystéropexie*.

Le ventre ouvert, je pus constater d'abord que l'hystéropexie avait été totalement inefficace et que l'utérus, alourdi, il est vrai, par le fibrome, était complètement rétroversé dans la concavité sacrée et entièrement recouvert par les anses intestinales. Puis, en regardant mieux nous vîmes sortir, entre les anses intestinales, une grêle ficelle arrondie, mince comme les petits cordons qui nouent les paquets de bonbons et qui venait se fixer à la paroi abdominale antérieure, sur la lèvre gauche de mon incision. Je saisis et j'attirai cette bride et nous vîmes se dégager le système de ficelles, de cordons arrondis et complètement libres dans le ventre que vous voyez sur cette pièce, et qu'un de mes élèves a fixé très exactement sur la figure ci-jointe, tel qu'il se présentait dans le ventre ouvert. Des deux côtés, ces cordons se raccordent aux ligaments ronds vers les cornes utérines ; ils se réunissent en anse devant la face antérieure de l'utérus et du sommet de l'anse par la mince bride fixée à la paroi abdominale antérieure au niveau de la cicatrice. Les cordons qui forment l'anse principale sont épais et charnus dans leurs deux tiers externes, donnant la consistance et l'aspect d'un fort ligament rond bien charnu, mais le sommet de l'anse et l'attache pariétale, beaucoup plus minces, ne sont plus que des brides étirées. On voit nettement, de chaque côté, le point où cesse le ligament charnu.

Ainsi étaient limités dans la région vésico-utérine



d'après Rouhier
(Masson)

de cette malade trois anneaux ou plutôt trois mailles prêtes pour des hernies internes : la première entre le corps de l'utérus et l'anse de réunion des ligaments ronds, les deux autres entre cette anse de réunion et la paroi abdominale, de part et d'autre de la bride de fixation pariétale médiane.

Dans le cas de mon opérée, il ne s'est pas, à la vérité, produit d'étranglement, mais tout semblait préparé pour qu'il s'en produisît et certainement l'intestin devait s'engager par moments dans l'une de ces mailles ; c'est vraisemblablement ce qui donnait lieu à cette masse mollassse et élastique qu'on sentait cliniquement à droite de l'utérus fibromateux, mais qu'on ne retrouvait pas à chaque examen comme le note l'observation.

Louis Bazy (1), dans un rapport qu'il a fait devant cette compagnie le 2 février 1938, sur les observations de Roger Couvelaire et d'Albert Pellé, a repris cette question de l'étranglement interne après certaines hystéropexies, question qu'il avait déjà traitée d'une façon très complète en 1912 dans son mémoire de la *Revue de Pozzi*.

Moi-même, j'avais essayé, dans un mémoire postérieur de la même *Revue* (février 1914), d'établir les moyens d'éviter pareils accidents et de fixer le point d'élection pour le néo-passage des ligaments ronds.

(1) Couvelaire (Roger) et Pellé (Albert). A propos de 3 observations d'occlusion intestinale aiguë après ligamentopexie à la manière de Doléris. Rapport de Louis Bazy. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, n° 4, 2 février 1938, p. 153-159.

Les dispositions dangereuses que l'on rencontre le plus souvent sont une fossette vésico-utérine, sorte de puisard à margelle rigide formée par les ligaments ronds, soit une bride charnue, épaisse et plus ou moins longue, rattachant l'utérus à la paroi. Je n'ai pas rencontré jusqu'ici, ni je n'ai vu décrit un réticulum, un système de mailles analogue à celui-ci. C'est en tous cas un exemple très caractéristique de ces dangers qui peuvent se présenter avec des modalités anatomiques très variées.

Un procédé, qui peut se montrer à la fois si inefficace et si dangereux, est de toute évidence un mauvais procédé. Il serait intéressant de retrouver quelle a été au juste la technique employée. Je n'ai pu encore avoir de précisions à ce sujet.

J'ai vu quelquefois pratiquer un procédé particulièrement simple de fixation intra-pariétale des ligaments ronds qui consiste, lorsqu'on referme la paroi abdominale et à un niveau convenable sur cette paroi, à charger successivement avec une longue aiguille courbe : aponévrose, muscle, péritoine d'un côté, puis un ligament rond, puis le 2^e ligament rond et la paroi de l'autre côté. Les ligaments se trouvent ainsi réunis et pris dans la suture. Ce procédé est à coup sûr le plus simple et le plus rapide de tous les procédés de ligamentopexie, *trop simple* et *trop rudimentaire* à mon avis pour une des opérations les plus délicates et les plus difficiles, les plus attaquées aussi de la chirurgie abdominale.

Il me semble bien que ce doit être une technique

de ce genre qui peut aboutir, après élongation mécanique du bloc de réunion et de fixation pariétale de deux ligaments, sous la traction continue de l'utérus alourdi à la disposition pathologique que je vous ai apportée aujourd'hui.

Il est probable que la pièce de M. Rouhier, telle qu'elle est, ne peut être due qu'à un procédé qu'il est d'accord avec nous pour qualifier de trop *simple et rudimentaire*. Elle ne peut être due qu'au procédé de Doléris (1^{re} manière).

Nous sommes encore d'accord avec le docteur Rouhier pour dire qu'une ligamentopexie bien faite est une des opérations les plus délicates de la chirurgie abdominale.

Observations.

Appendicite et ligamentopexie par le procédé Doléris, Beck, Richelot.

OBSERVATION I.

M^{me} L..., entre à l'hôpital de la Pitié en juin 1936.

Histoire de la maladie. — Métrite du col et violentes douleurs dans la région abdominale basse.

Réglée à 14 ans. Depuis longtemps abondantes pertes blanches. Est régulièrement réglée chaque mois. Elle a eu un enfant qui est bien portant, mais a fait une fausse couche de 3 mois.

En outre douleurs dans la fosse iliaque droite en rapport avec une appendicite.

Toucher : Col dur. Non douloureux. Annexes douloureuses légèrement. Rétroversion manifeste.

Au spéculum : Col violacé mais non ulcéré.

Opération le 11 juin : Annexes rougeâtres. Réduction facile de l'utérus. Traitement par le procédé décrit.

Suites opératoires très simples.

OBSERVATION II.

M^{me} Maria B..., entre dans le Service du Dr Küss en avril 1936.

Histoire de la maladie. — Pertes de sang rouge depuis 8 jours, extrêmement douloureuses. Et cela à chaque menstruation. A fait une fausse couche.

Opération le 19 mai 1936 : Anesthésie générale à l'éther. Opération longue. Utérus très rétroversé et très rétrofléchi, dans un bassin très profond ayant nécessité l'agrandissement de la boutonnière. Inclusion intra-pariétale des ligaments ronds par le procédé de Doléris-Beck-Richelot.

Suites opératoires très simples.

OBSERVATION III.

M^{me} B..., 30 ans, entre dans le Service du D^r Küss en juin 1936.

Antécédents gynécologiques. — Entre dans le Service pour de violentes douleurs dans la région abdominale et abdominale basse. Douleur dans la fosse iliaque droite, mais bas situées.

L'examen physique met en évidence une sensibilité à droite et à gauche du ventre. Il n'y a pas de points douloureux nets.

Toucher : Utérus en rétroversion manifeste.

Opération le 26 juin 1936 : Ether.

Incision sus-pubienne médiane, longue de 8 centimètres environ.

— appendicectomie au thermo. Enfouissement.

— ligamentopexie typique. Fixation des ligaments à 2 travers de doigt au-dessus du pubis. Fermeture en 3 plans. Catgut pour fixation des ligaments l'un à l'autre.

Appendice distendu à sa partie distale par de volumineux calculs stercoraux.

Revue le 4 octobre en excellent état.

OBSERVATION IV.

M^{me} Lucienne B..., 28 ans, entre dans le Service du D^r Küss en janvier 1937.

Histoire de la maladie. — Souffre depuis un an de pesanteur dans le petit bassin. Sur ce fond permanent de douleurs, se greffent des crises paroxystiques plus vives, siégeant indifféremment à droite ou à gauche.

Fausse couche de 6 semaines, un an et demi auparavant. Mais elle a eu une grossesse normale il y a 6 ans.

Depuis, les règles sont retardées, douloureuses avec, entre les règles, des pertes fétides. Elle est obligée de suspendre son travail, en outre elle se plaint continuellement de nausées et de vertiges.

Opérée le 14 janvier 1937 : Anesthésie de Schleich.

Appendicectomie. Ligamentopexie.

Excellentes suites opératoires. Toutefois à noter un léger hématome de la paroi.

OBSERVATION V.

M^{me} D..., 45 ans, entre dans le Service du D^r Küss en février 1937.

Antécédents : Règles douloureuses et retardées depuis 6 ans. Peu abondantes. Cinq enfants bien portants, trois fausses couches.

Toucher : Rétroversion typique. Col regarde en avant. Corps nettement perçu dans le cul-de-sac de Douglas.

Opérée le 20 février 1937 : Ligamentopexie. En outre la malade a une hernie crurale qui est traitée dans un temps ultérieur par le procédé de Guibé-Proust-Küss.

Excellentes suites opératoires.

OBSERVATION VI.

M^{me} D..., 39 ans, entre dans le Service du Dr Küss en septembre 1936.

Malade ayant une hernie gauche et une rétroversion.

Histoire clinique : Règles douloureuses en 2 temps : douleurs persistantes dans le bas-ventre.

Toucher : Culs-de-sac latéraux libres. Cul-de-sac antérieur diminué par corps utérin bombant dans le Douglas.

Opérée le 19 septembre 1936.

Rétroversion marquée. Annexes et utérus normaux. Quelques adhérences que l'on libère soigneusement. Procédé de Doléris-Beck-Richelot.

Hernie crurale droite : pas de sac. On renforce la paroi par 2 points placés entre pectiné et arcade. Par contre on trouve une varice.

Excellentes suites opératoires.

OBSERVATION VII.

M^{me} G..., 32 ans, entre dans le Service du Dr Küss en juin 1938.

Rétroversion entraînant des douleurs paroxystiques dans le bas ventre au moment des règles. Ces douleurs ne cédaient qu'à des lavements au laudanum. Pertes blanches rares mais fétides.

Toucher : Col gros, métritique. Utérus prolabé dans le Douglas.

Opérée le 16 juin 1938 : Anesthésie à l'éther. Procédé de Doléris-Beck-Richelot.

Excellentes suites opératoires.

OBSERVATION VIII.

M^{me} F... entre dans le Service du Dr Küss en février 1938.

Souffre de douleurs dans la fosse iliaque droite et de douleurs dans le bas ventre, principalement au moment des menstruations.

Au toucher : Grosse masse sentie dans le cul-de-sac postérieur. Masse unilatérale très douloureuse, mais se résorbant peu à peu par les vaccins. Diagnostic = salpingite + appendicite + rétroversion.

Opérée le 17 février 1938 :

Médiane sous-ombilicale. Appendice rouge, hyperhémie. Appendicectomie.

Trompes légèrement rouges et congestives, mais souples et sans adhérences. Ovaires normaux. La masse sentie au toucher est bien l'utérus enclavé.

Pexie à la Doléris-Beck-Richelot.

3 plans. Agrafes.

Suites absolument parfaites.

OBSERVATION IX.

M^{me} L..., 48 ans, entre dans le Service du Dr Küss en septembre 1937.

Prolapsus utérin datant de 12 ans, s'accroissant depuis 2 mois et fatiguant la malade.

Ménopause depuis le mois de mai. Bon état général malgré maigreur ; 5 enfants dont 4 vivants.

Opérée le 30 octobre 1937 : Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Utérus rétrofléchi et rétroversé sans lésions annexielles. Mais les ligaments ronds et surtout le gauche sont loin et il faut aller les chercher.

Ligamentopexie par le procédé de Doléris-Beck-Riche-lot.

Suites opératoires excellentes, mais petit épisode passager de dysurie et de miction sensible.

OBSERVATION X.

M^{me} L..., 23 ans, entre dans le Service du D^r Küss en janvier 1936.

Histoire de la maladie. — La malade entre dans le Service pour une crise douloureuse dans le bas ventre siégeant principalement à gauche. Ces crises étaient fréquentes auparavant, mais s'étaient un peu calmées. Elle dit que c'est cette crise qui fut plus intense que les autres qui la détermina à consulter. En outre cette malade est pâle, fatiguée et présente une courbe de température désarticulée, à grands crochets qui font pratiquer un examen de crachats se montrant négatif.

Toucher : Col volumineux. Muqueuse utérine ectropionnée. Utérus rétrodévié. Culs-de-sac latéraux douloureux, principalement à gauche.

Opérée le 21 janvier 1936 : Ligamentopexie.

Après un grand crochet thermique, la température revient peu à peu à la normale et s'y maintient.

Suites opératoires très simples.

OBSERVATION XI.

M^{me} S... Katerine, 28 ans, entre dans le Service du Dr Küss en avril 1936.

Histoire de la maladie. — Depuis 2 ans douleurs dans le bas ventre. En outre elle a des pertes blanches fétides. Depuis 20 jours, ces douleurs abdominales ont augmenté d'intensité, les pertes sont devenues plus abondantes et la malade à ce moment avait de la fièvre, un mauvais état général et des vertiges.

Le 3 avril : La malade a ses règles un peu en avance, abondantes avec quelques caillots. Les douleurs abdominales augmentant, la malade s'alite mais ne voit pas de médecin pendant 15 jours jusqu'au 18 avril.

Le 20 avril : Du point de vue fonctionnel la malade a une constipation très marquée. Elle reste couramment 9 jours sans aller à la selle. Elle a des pertes jaunes, purulentes, abondantes, ce syndrome douloureux abdominal siégeant dans tout le bas-ventre et aussi suivant le cadre colique.

A l'examen : Douleur abdominale maximum à droite au Mac Burney, avec défense musculaire à ce niveau. Mais également douleur dans la fosse iliaque gauche et sur le cadre colique.

Toucher : Très douloureux. Masse tombant dans le Douglas.

Antécédents : Pas d'enfants. Nombreuses fausses couches.

Opérée le 7 mai 1936 : L'utérus est en rétroversion et en rétrodéviatation qu'il faut aller chercher tout à fait à droite à cause de la latéro-position droite. Le fond de l'utérus est à côté du cæcum. Le ligament rond droit est invaginé dans le ligament large. Ligamentopexie. Il est impossible

de suturer les ligaments larges, le ligament rond étant trop court. On se contente de les fixer par 2 points de fil de lin en boutonnière et le sommet des 2 anses est fixé le plus loin possible de son origine à la paroi antérieure de la gaine droite par un fil de lin. Suites opératoires très simples.

OBSERVATION XII.

M^{me} S..., Irène, 36 ans, entre dans le Service du D^r Küss, en mars 1936.

Histoire clinique. — Régée à 17 ans. Règles irrégulières. A 21 ans, accouchement pénible. Une fausse couche de 2 mois, 3 ans après. Mais on est obligé de pratiquer un curetage. La malade souffrant toujours du ventre, elle est opérée le 3 avril 1936, par le D^r Küss. Ligamentopexie par le procédé de Doléris-Beck-Richelot.

Suites opératoires parfaites.

OBSERVATION XIII.

M^{me} R..., 39 ans, entre dans le Service du D^r Küss en juin 1937.

Histoire clinique. — Régée à 15 ans. La malade entre dans le Service pour des hémorragies, les règles se prolongeant sur 2 et 3 semaines. De plus, elle perd un peu entre les règles.

Actuellement, la malade perd tous les jours. Ces hémorragies ne sont calmées que par des injections. Il s'agit de sang rouge avec des caillots.

Toucher : Culs-de-sac latéraux libres. Grosse masse plongeant dans le Douglas, le doigt sent une arête sur le fond du corps utérin.

Opérée le 12 juin 1937 : Ligamentopexie faite par le Dr Küss.

Suites opératoires très simples.

OBSERVATION XIV.

M^{me} L..., 30 ans, entre dans le Service du Dr Küss le 18 janvier 1938.

Histoire clinique. — Malade ayant un prolapsus s'accompagnant de troubles des règles. Il y a environ un an que la malade s'est aperçue de son prolapsus, elle dit qu'en même temps ses règles jusqu'alors normales ne duraient plus que quelques heures ; ces derniers temps, elles deviennent plus abondantes et durent 1 jour à 1 jour 1/2. Elle n'a jamais eu de douleurs.

Notons la présence de troubles cardiaques. Elle a en outre une fièvre montant régulièrement à 38° chaque soir.

Opérée le 2 février 1938 : Ligamentopexie, procédé Doléris-Beck-Richelot.

Suites opératoires simples. La température ne varie pas. Toujours les mêmes crochets ; les examens de crachats multipliés sont négatifs.

OBSERVATION XV.

M^{me} Marthe H..., 32 ans, entre dans le Service du Dr Küss en mai 1936.

Histoire de la maladie. — Bartholinite chronique datant de 7 ans.

Toucher : Bourrelet de la grosseur d'une petite mandarine du côté droit à la place de la glande de Bartholin. En outre, rétroversion utérine nettement perçue au tou-

cher, mais à peu près fonctionnellement latente, car la malade n'a qu'une gêne légère à l'écoulement normal de l'urine. Mais n'a jamais eu de crises douloureuses, ni de rétention.

Opérée le 4 juin 1936 : Ligamentopexie. D'un seul côté seulement, parce que du côté droit le ligament rond n'existait presque pas.

Fils enlevés le 13 juin.

Suites opératoires très simples. Légère complication pulmonaire.

OBSERVATION XVI.

M^{me} D..., 31 ans entre dans le Service du Dr Küss en septembre 1937.

Histoire de la maladie. — Malade qui vient consulter pour des douleurs et des pertes, à la suite de salpingite chronique.

La 1^{re} crise a eu lieu le 7 avril 1927. Elle fut soignée 3 mois à l'hôpital : piqûres de vaccin antigonococcique.

Depuis ce moment continue à perdre. Règles irrégulières durant 6 jours, avec des intervalles de 1 à 2 jours sans voir.

Entre les règles : petites pertes jaunâtres, plus abondantes, durant 6 à 7 jours au cours des règles. Douleurs extrêmement vives avant et au moment des règles. Cette malade a 2 fois des règles dans le mois.

— 1 enfant mort en 1934,

— 1 fausse couche.

Au toucher : Col dur. Masse dans le cul-de-sac latéral droit. Ligamentopexie faite le 14 décembre 1937.

Suites opératoires très simples.

OBSERVATION XVII.

M^{me} S..., 29 ans, entre dans le Service du Dr Küss en juin 1938.

Antécédents gynécologiques.— A 20 ans, signes de blennorragie. Elle en garde des douleurs dans le bas-ventre et des pertes. Ses règles sont peu abondantes, mais sont très douloureuses.

Toucher : Utérus rétroversé. Prolapsus vaginal.

Opérée le 28 juin 1938 : Laparotomie. Ligamentopexie par le procédé de Doléris-Beck-Richelot. Puis colpo-périnéorraphie.

Suites opératoires très simples.

Conclusions.

1° La ligamentopexie transpariétale telle que nous l'avons vu pratiquer dans le Service du Docteur Georges Küss à la Pitié mérite et doit conserver le nom de procédé de Doléris-Beck-Richelot.

2° Il ne saurait donc s'agir que du procédé de Doléris (2° manière), modifié par Beck, puis Richelot et s'il nous est permis de le dire, précisé dans ses détails par notre maître, le Docteur Küss.

3° Cette ligamentopexie s'adresse aux ligaments ronds *pour la partie fixante*, à ce que Farabeuf a très justement appelé la cuisse et la jambe du ligament rond, à l'inverse des procédés extra-pariétaux tels que l'Alquié-Alexander, ou intra-péritonéaux, tels que le Baldy-Dartigues, qui s'adressent à l'ensemble des ligaments ronds et notamment à leur partie terminale, extra-péritonéale, partie en filoché, sans consistance, étirable, « la patte » du ligament rond de L.-H. Farabeuf.

4° S'adressant comme organe fixant, seulement à cette partie solide du ligament rond, la ligamen-

topexie bien faite au fil de lin non résorbable, ou avec des catguts chromés, ou des « noirs-guts », *expérimentée par le chirurgien*, tiendra.

5° Cette ligamentopexie doit être non pas intrapariétale mais véritablement transpariétale. En aucun cas le chirurgien ne doit couper ou sectionner les ligaments ronds.

En aucun cas il ne doit, par des forcipressures intempestives, les léser sous leur couverture péritonéale. Ces anses ligamentaires doivent passer à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale, sauf la peau.

6° Le point de passage doit être évidemment sus-jacent au trajet inguinal. Lorsqu'on fait une ligamentopexie on s'adresse à un utérus augmenté de volume, à un vagin plus ou moins distendu.

Il est possible qu'il y ait un certain degré de prolapsus génital. Il est donc indiqué non pas de remettre le fond de l'utérus à sa situation à peu près normale, c'est-à-dire tangentielle au bord supérieur du détroit supérieur, bord supérieur de la symphyse en avant, mais comme nous l'avons vu dans notre thèse, de remonter nettement plus haut, deux, trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. La boutonnière sera créée soit par le passage d'un fin bistouri, soit par forage à l'aide d'une pince de Köcher fermée, à travers les plans anatomiques. Toujours à une distance suffisante des bords internes des muscles droits et de leurs gaines, pour que la sangle liga-

mentaire embrasse un pilier médian de paroi abdominale suffisamment fort et résistant.

En aucun cas nous n'acceptons la simple inclusion médiane (comme le font de nombreux chirurgiens) des anses ligamentaires, dans la suture de refermeture de la paroi adominale. *Nous la rejetons formellement.*

7° Nous insistons aussi sur notre mode de suture des ligaments. Chaque anse est d'abord fixée à la boutonnière omo-latérale (boutonnière qui lui donne passage). Son sommet est ensuite fixé à la boutonnière du côté opposé, ou si cela est impossible à l'autre anse dans le voisinage de cette boutonnière.

En outre, des points séparés (en général 3 ou 4) fixent les éléments de chaque anse les uns aux autres. Il est absolument impossible que des anses ainsi fixées puissent lâcher et l'utérus reste bien fixé, comme l'expérience de M. Küss, datant de plus de 30 ans, le prouve.

8° Nous avons qualifié cette opération d'une des plus délicates de la chirurgie abdominale. Ce n'est pas sans raisons. Pour qu'elle donne les résultats qu'on escompte, il faut en effet :

a) Pendant toute l'opération, veiller à ce qu'aucune pince ou fil de traction ne vienne à sectionner ou altérer la continuité intégrale des ligaments ronds. Il ne faut donc toujours les saisir que tangentielle-ment avec soin et délicatesse.

b) Dans la suture des ligaments ronds à la paroi abdominale et entre eux, il faut se garder de pratiquer des sutures qui pourraient ressembler même de loin à des *ligatures* totales ou même partielles de ces ligaments. On obtiendrait ainsi le sphacèle aseptique, la nécrobiose sur place de tout ou partie de l'*anse pré-pariétale*, et *ipso facto* la reproduction de la rétroversion utérine. La ligamentopexie ne tiendrait pas.

9° Cette opération, dont nous venons d'indiquer avec détails les points les plus délicats, cherchera à l'inverse de ce que bien des chirurgiens *s'imaginent*, à obtenir la même remise en position normale physiologique de l'utérus, que l'on essaye d'obtenir par le procédé de ventro-fixation directe, tel que le procédé de Czerny-Terrier, le fond de l'utérus appuyant au-dessus de la vessie, tout contre la paroi abdominale et ne laissant entre lui et cette paroi aucune espèce de fossette ou de loge pariéto-utérine, évitera les phénomènes d'étranglement herniaire interne que l'on n'observe *jamais* dans une ligamentopexie transpariétale consciencieusement faite selon les préceptes donnés plus haut.

Vu : le Président de la thèse,
A. GOSSET.

Vu : le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER (W.). — A new method of treating inveterate and troublesome displacements of the uterus. *Med. Times and Gaz. Lond.*, 1882, p. 327.
- ALQUIÉ. — Nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice. *Bull. Acad. de Paris*, 1844, pp. 192-195.
- BALDY (J. M.) (de Philadelphie). — Retrodisplacements of the uterus and their treatment. *N. Y. med. journal*, 1903, t. II, pp. 167-169.
- Intra peritoneal shortening of the round ligts in backward displacements of the uterus. *N. Y. M. J.*, 1906, p. 741.
- Treatment of uterus retrodisplacements. *Surgery Gyn. and Obst.*, avril 1909, p. 421.
- BECK (de New-York). — Congrès de Moscou, 1897.
- BORAZZI (cité dans Richelot).
- DARTIGUES. — Orthométrie par ligamentopexie extra-péritonéale ou inguino-prépubienne associée à la laparotomie sus-pubienne transverse dans les rétroflexions utérines. *P. M.*, 10 nov. 1920, p. 805.
- DARTIGUES et CARAVEN. — Nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, ligamentopexie rétro-utérine et sous-tubo-ovarienne. *P. M.*, 7 avril 1906, pp. 217-218.
- DOLÉRIS (A.). — Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique. Genève, 1896, p. 444.
- La gynécologie, 1897-1898-1899.
- Raccourcissement intra-abdominal du ligament rond par inclusion pariétale. *Journal de Médecine de Paris*, 1898, pp. 573-575.
- De l'opération du raccourcissement des ligaments ronds. *Nouvelles Archives de Gynécologie*, 1886-1889; *Passim Gaz. des Hôp.*, 1889, pp. 70-72.

- GOSSET. — De la ligamentopexie par le procédé de Doléris. *Journal de Chir.*, 1912, p. 685.
- KELLY (C.). — Operative gynecology. Vol. II, New-York. D. Appleton and C, 1902, Chapter XXIV : Suspension of the uterus, pp. 149-162.
- KUSS (G.). — A propos du procédé de Baldy et du « nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds » de Dartigues et Caraven, notes et rectification. *La Gynécologie*, oct. 1906, p. 415 à 421.
- MARION. — De l'oblitération du cul-de-sac de Douglas. *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, juin 1909, p. 465.
- PROUST (R.). — Technique des interventions chirurgicales dans les rétroversions de l'utérus en dehors de la grossesse. Rapport au III^e Congrès de l'Ass. de Gyn. et Obst. de langue française. Genève, 9-11 août, 1923.
- RICHELOT (G.). — Sur le traitement de la rétroversion utérine. Raccourcissement du ligament rond par inclusion pariétale. *La Gynécologie*, 1900, pp. 97-105.
- Chirurgie de l'utérus. Paris, 1902, p. 153.
- ROUHIER (G.). — Vu.
- SAINT-PIERRE. — Du choix du meilleur procédé d'hystéropexie médiate. Thèse Paris, 1931.
- WYLIE (W. Gill). — Surgical treatment of retroversion of the uterus with a method of shortening of the round ligaments. *Amer. Journal of Obst.*, 1889, t. XXII, p. 478.
- III^e Congrès de l'Ass. de Gyn. et Obst. de langue française. Genève, 9-11 août 1923, Discussion des rapports et communication en Gynécologie et Obstétrique, t. VIII, n^o 3, pp. 262-282.

